

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

病診連携室行きFAX

西暦 年 月 日

津田沼中央総合病院

所在地 医療機関名

科 先生
受診予定日 月 日 時頃

TEL
FAX
医師氏名 ㊞

- ・緊急性 (有・無)
- ・入院の希望 (有・無)

・津田沼中央総合病院受診歴 (有/無)
*有の場合のみ 科 年 月頃

公費負担者番号									
公費負担医療の需給番号									

保険者番号									
記号・番号	・								
被保険者との続柄	本人・家族								

負担割合 1割・2割・3割

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
住所	㊞		TEL ()	
紹介目的	受診・精査・入院・転医・手術 その他() 患者返送希望(有・無)			
病名 (主訴)				
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー(有・無)			
病状経過 治療経過 検査結果				
現在の処方				

資料持参 (無・有 レントゲンフィルム・心電図・検査記録)